Soixante ans d'organisation médicale au Congo Belge

PAR

A. DUBOIS et A. DUREN.

Les premières ébauches du service d'hygiène au Congo remontent à environ soixante ans, suivant de bien près les premières explorations et entreprises politiques dues au génie de Léopold II. Ces soixante ans de vie médicale comportent peu de faits historiques ou scientifiques d'importance universelle. mais nous croyons qu'ils peuvent cependant intéresser à la fois le médecin et le spécialiste des affaires coloniales.

Lorsqu'il fut question de commémorer l'œuvre demi-séculaire de J. Rodhain, nous nous sommes souvenus de la part importante qu'il a prise dans l'organisation scientifique et pratique du service d'Hygiène. Ces pages seront ainsi le témoignage de l'admiration que nous éprouvons pour le savant et le médecin dont nous sommes fiers d'avoir été collaborateurs en même temps qu'un hommage à tous les bons ouvriers du développement du Service d'Hygiène.

* * *

Aucun des deux auteurs n'a assisté aux premières années de l'entreprise belge au Congo, mais venus en Afrique soit avant, soit peu après la première guerre mondiale ils ont encore vu l'enfance de l'œuvre, connu les pionniers et les survivants de « l'âge héroïque ». Ils ont assisté à la croissance du service d'hygiène, vécu ses transformations.

L'historique du service médical au Congo belge a fait l'objet

de deux travaux par les médecins en chef Trolli en 1925 (1) et Mouchet en 1929 (2). Citons encore l'important exposé de la législation sanitaire du Congo Belge par Trolli, Van Hove et Marquet (3) et le récent travail de J. Schwetz (3'). Le rôle des missions protestantes sera exposé en détail dans ce livre jubilaire par Chesterman.

*
* *

La période préléopoldienne — avec ses quelques établissements européens au Bas-Congo — ne nous a laissé aucun document médical. (Voir Delcommune, 4.)

La période de pénétration s'étend de 1876 (Conférence Géographique de Bruxelles) à 1885, année de la proclamation de l'Etat Indépendant du Congo, sous la souveraineté de S. M. le Roi Léopold II. La présence de médecins n'est pas signalée au Congo Belge avant 1876 et il ne semble pas que Stanley se soit fait accompagner par un médecin au cours de ses premiers voyages d'exploration. Un chirurgien fut attaché à l'expédition de secours à Emin Pacha (5).

« C'est », écrit le docteur Mouchet, « de 1876 à 1884, l'époque des expéditions militaires, des reconnaissances géographiques, de la création de postes de pénétration et d'occupation. En un mot, l'ère de la conquête. Le rôle du médecin est, par les circonstances mêmes, nul ».

On peut pourtant relever les noms de quelques médecins attachés à ces expéditions : Le docteur Dutrieux attaché à l'expédition Crespel-Cambier en 1878. — Le docteur van den Heuvel, attaché à l'expédition Popelin en 1879 et que nous retrouvons à Manyanga en 1883 et à Léopoldville en 1884. Il convient, semble-t-il, d'associer à ces noms celui du docteur en sciences Maes, attaché, en 1877, à l'expédition Crespel.

A la fin de cette période et au début de la période d'installation, on relève les noms de docteur Allart (1882-85), docteur Nilis (1884-85), docteur Leslie (1884-86) docteur Wolf (1883-86), du pharmacien Courtois (1884) et du docteur Mense (1885-87).

La période d'installation s'étend de 1885 à 1908, date de la

reprise de l'Etat Indépendant par la Belgique. Le personnel médical s'accroît progressivement pour atteindre 30 médecins et un pharmacien en 1908. L'organisation du service reste toutefois rudimentaire : les médecins restent le plus souvent isolés. Ils occupent les postes pacifiés ou sont attachés à des expéditions diverses destinées à pénétrer dans les régions les plus reculées du territoire, à combattre l'esclavage et à réprimer les révoltes. Plusieurs d'entre eux ont joué dans ces expéditions un rôle important. Parmi eux se distinguent plus particulièrement :

Amerlinck : Expédition Bia-Francqui au Katanga, 1891.

Montangy (1891-92) : dans l'expédition Van Kerkhoven dans les Uélés, 1891.

Hinde (1891-94), qui prit part activement aux combats contre les Arabes avec Dhanis en 1892.

Magery, tombé à Riba-Riba au cours de l'expédition Hodister en 1892.

Dupont (1888-95), qui participa avec Chaltin à la campagne arabe (1893).

Michaux (1894-95), dans la campagne arabe de l'Ituri (1894).

Meyers (1896-99), qui mena les troupes de l'Etat Indépendant à la victoire dans la répression de la révolte des soldats de Dhanis (1897). Il a résumé ses souvenirs dans un livre remarqué (6-7-8).

Vedy (1895-1907) et Hennaux (1895-1907), qui participèrent à la même campagne (1897).

Rossignon (1896-1907), qui prit une part active dans la prise de Redjaf par Chaltin (1897).

Et d'autres encore, dont les auteurs s'excusent d'avoir omis les noms et qu'ils comprennent dans le même sentiment d'admiration et de reconnaissance que nous leur devons au double titre de confrères et de compatriotes.

Pendant que l'Est de la Colonie conservait ainsi le caractère d'un champ de bataille, une organisation pacifique s'amorçait et s'étendait dans l'Ouest du Congo. Des médecins sont atta-

chés aux postes qui se fondent et se stabilisent : Vivi, Manyanga, Léopoldville, Boma, Matadi, Banane.

Des dispositions législatives intéressant l'hygiène, la santé publique, l'exercice de l'Art de Guérir sont prises par décrets du Roi Souverain, par ordonnances et arrêtés du Gouverneur Général. Déjà, le 12 septembre 1876, dans le discours d'ouverture de la Conférence Géographique à Bruxelles, le Roi assigna entre autres buts, à l'Association Internationale Africaine, la création de stations hospitalières, scientifiques et pacificatrices. L'article 2, littéra 4 de l'acte général de la Conférence de Bruxelles du 2 juillet 1890 impose un service sanitaire à toute station ou croisière anti-esclavagiste. Il suffit de se reporter à l'énumération des médecins attachés aux diverses expéditions pour se rendre compte que le Roi ne manqua pas de se conformer à cette obligation.

En 1887, par arrêté du Gouverneur Général du 7 décembre, parurent les premières mesures en matière d'hygiène et de police sanitaire dans les ports de Banane et de Boma, c'est-à-dire les mesures à prendre pour empêcher la dissémination des maladies contagieuses par les frontières maritimes.

Le décret du 5 avril 1888 réalise la première organisation médicale et la même année une importante ordonnance du Gouverneur Général du 22 août 1888 jette les premières bases de la lutte contre les maladies transmissibles à l'intérieur de la colonie : la déclaration obligatoire de sept maladies, auxquelles d'autres viendront s'ajouter plus tard, y est prévue ; il est à noter que la police sanitaire est exercée par les commissaires de district.

Le 27 décembre 1888, l'Etat Indépendant adhère à la Convention de Genève sur les blessés et malades de l'armée de campagne.

Le 31 décembre 1888, un décret du Roi Souverain fonde la première association congolaise et africaine de la Croix-Rouge, qui bâtit des hôpitaux à Boma (1889) et à Léopoldville (1897).

Un arrêté du Gouverneur Général du 27 novembre 1888 prescrit les premières mesures à prendre pour sauvegarder la

santé des indigènes au service de l'Etat; un arrêté du 12 juin 1892 concerne le rapatriement des travailleurs; un autre arrêté du 28 février 1892 prescrit les mesures d'hygiène à prendre à l'égard des indigènes habitant à proximité des agglomérations européennes. Le 12 décembre 1894 une ordonnance prescrit la vaccination des indigènes et gens de couleur.

L'hygiène des centres urbains est réglementée par décret du 14 août 1890 et un arrêté du 14 septembre 1898 prescrit la séparation des quartiers européens et indigènes. Le 24 avril 1899 une ordonnance crée les Commissions d'hygiène chargées d'étudier les questions de salubrité publique et de veiller à l'amélioration de l'état sanitaire général.

L'Art de Guérir est réglementé par une ordonnance du 24 juillet 1894 approuvée par décret du 15 janvier 1895.

Un arrêté du 26 août 1903 range la maladie du sommeil parmi les maladies prévues à l'ordonnance du 22 août 1888.

Les compagnies industrielles se développaient à cette époque et on les voit assez rapidement amenées à assurer les soins médicaux à leur personnel blanc ou de couleur. Ce dernier était encore souvent d'origine étrangère (noirs de la côte Ouest d'Afrique, Chinois même). Willems et Bertrand, médecins au Chemin de fer du Congo, nous ont laissé quelques souvenirs (11).

Un premier laboratoire de recherches médicales est créé à Léopoldville en 1899 par le docteur Emile Van Campenhout. Le docteur Broden prit la direction du laboratoire en 1900. La première école de médecine tropicale est créée à Bruxelles par le docteur Van Campenhout en 1906 sur les ordres du Roi Souverain, avec comme professeurs Ch. Firket, L. Jacqué et G. Severin.

Pour contribuer à l'étude du problème déjà angoissant de la Maladie du Sommeil, le Roi envoie en mission, au Congo, les savants anglais Dutton, Todd et Christy, en 1903.

En 1908, outre les deux hôpitaux pour Européens de Boma et de Léopoldville, plusieurs hôpitaux pour indigènes avaient été édifiés: en 1893 à Boma, en 1898 à Nouvelle-Anvers, en 1900 à Léopoldville, en 1907 à Stanleyville. Le règlement inté-

rieur de l'hôpital indigène de Boma est établi le 8 avril 1896; un arrêté du 23 avril 1896 l'étend à toutes les localités où réside un médecin. Des lazarets reçoivent des trypanosés. Il existait un début d'organisation pour sauvegarder l'hygiène publique et pour lutter contre les maladies transmissibles. Les questions d'hygiène sociale étaient abordées dans les dispositions en faveur des travailleurs. La recherche scientifique était entamée au Laboratoire de Léopoldville. Le personnel médical était formé à Bruxelles en vue de sa mission au Congo.

En 1909 la direction du service de l'Hygiène fut créée et chargée de centraliser les renseignements, de coordonner les efforts et d'organiser méthodiquement l'activité médicale. Un médecin en chef en assure la direction auprès du Gouverneur Général, assisté de médecins inspecteurs. Dans les districts, le service médical est assuré par les médecins de district assistés éventuellement par des médecins de 1re et 2e classes : « Mais, écrit le docteur Trolli, si l'organisation et la direc- » tion dépendaient du médecin en chef sous les ordres du » Gouverneur Général, les médecins résidant à l'intérieur » étaient placés sous les ordres directs des autorités territo- » riales. Ce n'est qu'en 1922 que le Service Médical reçut une » organisation autonome ».

Depuis cette date, le Service Médical est placé sous la haute direction du Gouverneur Général et, dans les provinces, relève uniquement des Gouverneurs de Province. Les médecins sont divisés en trois catégories : Catégorie A, les médecins dirigeants; Catégorie B, les médecins hygiénistes et de laboratoire; Catégorie C, les médecins chargés de l'assistance médicale. Ces derniers se partagent entre les centres où ils exercent à poste fixe et l'intérieur du pays où ils ont un rôle mobile, notamment pour combattre la Maladie du Sommeil. Dans les régions où la trypanosomiase est inconnue, ils ont la surveillance de dispensaires ruraux dont les premiers furent créés dans la Province Orientale par le docteur Mouchet à partir de 1924.

La charge de médecin en chef fut assumée successivement par :

	Date d'entrée en service à la Colonie.	Médecin en Chef.	Fin de carrière.
	—	—	—
le Dr. Heiberg	6- 8-1897	28- 1-1911	1- 7-1920
le Dr. Rodhain	15-10-1903	29- 8-1920	21-11-1925
le Dr. Trolli	23-10-1902	21-11-1925	31- 5-1932
le Dr. Mouchet	24- 2-1911	31- 5-1932	22- 9-1934
le Dr. Van Hoof	16- 4-1916	31-12-1934	12- 5-1946
le Dr. Thomas	9- 4-1927	13- 5-1946	

Au laboratoire de recherches de Léopoldville se sont ajoutés ultérieurement ceux de Elisabethville, Stanleyville, Coquilhatville, Astrida, etc.

Le service de l'*hygiène publique* fut créé en 1922 et l'un des auteurs de cet article eut l'honneur d'être le premier médecin hygiéniste en titre. Le service se vit assigner comme objets, entre autres, l'hygiène des travailleurs, l'hygiène des ports et des villes et notamment la lutte contre les transmetteurs et hôtes intermédiaires des affections transmissibles. Mais déjà d'autres médecins s'étaient distingués en matière d'hygiène : le docteur Etienne au poste quarantenaire de Banane (1893-1912), les docteurs Mouchet et Pearson, les docteurs Gillet et Mottoule dans l'hygiène de la main-d'œuvre des grandes entreprises industrielles.

Des *hôpitaux* de plus en plus nombreux ont été construits, tant pour les Européens que pour les indigènes, par le Gouvernement, les missions religieuses, les organismes philanthropiques et les grandes entreprises coloniales. En 1920, le Service Médical du Gouvernement disposait de 150 lits pour Européens répartis entre 10 établissements et de 3.040 lits pour indigènes répartis entre 34 établissements.

En 1944, il disposait de 26 établissements hospitaliers pour Européens comportant 436 lits, et de 35 établissements pour indigènes totalisant 5.545 lits. La même année, les organisations autres que le Gouvernement comptaient 250 lits pour Européens et 14.772 lits pour indigènes destinés en grande partie à la main-d'œuvre. A cette armature hospitalière, il y a

lieu d'ajouter que le Gouvernement d'une part, les Missions religieuses et les organismes philanthropiques d'autre part, possédaient respectivement 2.164 et 3.385 lits répartis entre lazarets et villages d'isolement de lépreux. Le nombre de dispensaires et centres de traitement s'élève à plusieurs milliers dans la Colonie et les territoires du Ruanda-Urundi.

La lutte contre la *Maladie du Sommeil* fut la préoccupation principale dans les milieux ruraux durant la période de 1918-1939. Elle pouvait s'orienter vers la destruction des glossines ou vers la stérilisation du réservoir humain. C'est, en ordre principal, dans la deuxième de ces voies que les efforts furent conduits. Le docteur E. Lejeune fut probablement un des premiers à organiser le dépistage et le traitement par recensement en zone rurale en 1911, dans la région de Kiambi (rivière Luvua). A la même époque (1911-1913), Mouchet et Dubois faisaient également de la prophylaxie itinérante et des ébauches de recensement (12).

C'est au docteur Schwetz que revient le mérite d'avoir organisé la première mission antitrypanosique constituée au Kwango en 1918. La trypanosomiase a été étudiée principalement par Dutton, Todd et Christy en 1903; par Rodhain, Van den Branden, Becquaert et Pons (1910 à 1912) et par le Laboratoire de Léopoldville d'une façon incessante.

La première ordonnance qui coordonna les mesures contre la trypanosomiase date du 8 septembre 1910: elle fut remplacée par une ordonnance plus complète et plus précise le 8 juillet 1920 et ultérieurement par le chapitre XXIX du Règlement-Annexe à l'Ordonnance du 10 octobre 1931, sur les maladies transmissibles.

La lutte contre la Maladie du Sommeil est restée une des tâches principales du Service Médical, aboutissant, vers 1938-1940, à l'examen de 5 millions d'indigènes chaque année, et du reste à une très forte réduction de l'index endémique.

En outre, elle a abouti, par voie de perfectionnement, au Service d'Assistance Médicale Indigène étendue à toutes les principales maladies (S.A.M.I.), puis finalement à la création du Fonds Reine Elisabeth d'Assistance Médicale Indigène

(Foreami), qui a encore perfectionné et systématisé la méthode S.A.M.I.

L'*enseignement médical colonial* s'est perfectionné et étendu en Belgique et à la Colonie. L'école de Médecine Tropicale, fondée à Bruxelles en 1906, se métamorphosa en Institut de Médecine Tropicale et fut transféré à Anvers en 1933. L'Institut engloba l'enseignement, la recherche scientifique et la clinique des maladies exotiques.

L'Institut s'attache à préparer à leur mission coloniale les médecins et les vétérinaires, dans une section supérieure; les agents sanitaires, les infirmières, les auxiliaires vétérinaires, dans une section inférieure.

A la colonie, des écoles s'ouvrent pour la formation d'auxiliaires indigènes : écoles du degré inférieur : aides-infirmiers, aides-accoucheuses; du degré moyen : infirmiers diplômés, gardes sanitaires; du degré supérieur : assistants médicaux indigènes. Des écoles du degré inférieur fonctionnent un peu partout. Des écoles du degré moyen sont ouvertes par le Gouvernement à Léopoldville, Coquilhatville, Stanleyville, Elisabethville et Astrida; par la Fomulac à Kisantu et à Katana; par les Missions religieuses étrangères à Yakusu et à Sonabata. Le Gouvernement a organisé, en 1936, une école du degré supérieur à Léopoldville, et la Fomulac a ouvert une école agréée à Kisantu en 1937. L'école d'Astrida a également adapté, depuis 1946, son enseignement à la formation d'assistants médicaux indigènes.

La *législation concernant l'hygiène* s'est ordonnée et peut être divisée en deux grands chapitres dont il n'est possible, en un espace restreint, que de signaler l'essentiel. Le premier concerne l'Art de Guérir, la préparation et la formation des personnes qui se destinent à exercer cet art ou certaines branches de cet art, les actes médicaux qu'elles sont autorisées à accomplir. Le second englobe toutes les dispositions prises pour sauvegarder la santé publique et repose sur le décret concernant l'hygiène et la salubrité publiques du 19 juillet 1926. On peut lui-même le scinder en plusieurs parties dont les plus importantes sont au nombre de trois :

a) les mesures prises aux frontières et les conventions sanitaires internationales;

b) les ordonnances réglant l'hygiène dans les agglomérations et la lutte contre les maladies transmissibles, à l'intérieur de la colonie, surtout l'Ordonnance du 10 octobre 1931;

c) le décret sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs du 15 juin 1921 et les nombreuses ordonnances qui en découlent.

L'assistance médicale aux Européens et Indigènes est assumée par une série d'organismes dont nous donnons un bref aperçu. Cette assistance se trouve, comme partout ailleurs, ou bien en traitement ambulatoire ou à domicile, ou bien dans les hôpitaux et formations d'isolement. Nous avons déjà précédemment donné un aperçu de l'armature hospitalière de la Colonie.

En principe, le Gouvernement a assumé la charge d'assurer l'assistance médicale aux blancs et aux noirs, sauf lorsqu'il en est déchargé par l'initiative privée ou par la constitution d'organismes médicaux en vertu de la législation sociale. Il encourage et subsidie, parfois largement, cette initiative privée, la coordonne pour éviter autant que possible les chevauchements et les doubles emplois. Il contrôle la bonne exécution de la tâche imposée aux services médicaux des entreprises auxquelles la législation sociale, et notamment la législation sur l'hygiène des travailleurs, a imposé certains devoirs.

Les organismes qui s'occupent d'assistance médicale, indépendamment d'autres activités comme l'enseignement médical, les œuvres médico-sociales, l'hygiène du travail, sont, outre le Gouvernement par ses médecins catégorie C:

a) Les organismes philanthropiques : Croix Rouge du Congo, orientée vers l'assistance indigène et la lutte contre la lèpre au Nepoko (Ituri). Fondation Médicale de l'Université de Louvain (Fomulac), qui a établi des services hospitaliers pour Européens et indigènes à Kisantu (Bas-Congo) et Katana (Kivu). Le but principal de l'institution est l'enseignement de la médecine aux indigènes. Des résultats remarquables ont été

obtenus dans ce domaine et on envisage pour l'avenir un enseignement universitaire. Centre Médical de l'Université de Bruxelles (Cemubac) qui a, jusqu'à présent, orienté son activité vers l'assistance médicale indigène. Fonds social du Kivu, s'intéressant surtout à la lutte contre le pian et aux œuvres de l'enfance.

b) Le Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes (FOREAMI), organisme para-étatique spécialisé en assistance médicale aux indigènes. Le FOREAMI a occupé tout d'abord, pendant plusieurs années, le Bas-Congo, peuplé d'environ 600.000 indigènes. Il s'est par après porté au Kwango, où les conditions sanitaires et économiques sont difficiles. Le FOREAMI dispense une assistance médicale indigène intégrale, mais la base sur les recensements de la population et sur les constatations démographiques qui en découlent.

c) Les missions religieuses de toutes nationalités et confessions qui apportent au Gouvernement une aide étendue. L'article ci-après de Chesterman précisera le rôle des missions protestantes. Rappelons que les missions catholiques ont obtenu du Gouvernement l'engagement de médecins dits de mission, qui assurent l'assistance médicale dans le secteur de la mission. Il faut citer ici le rôle de l'Aide Médicale aux Missions. De nombreuses religieuses infirmières interviennent dans ce travail. A Tshumbe-Sainte-Marie une importante léproserie est organisée (docteur Hemeryck).

d) Les services médicaux des grandes entreprises coloniales, principalement les sociétés minières et les sociétés de transport. Beaucoup de ces services ont une remarquable efficacité. Installés en vue des soins de la main-d'œuvre indigène, ils ne négligent ordinairement pas les indigènes de la région.

Le nombre total de médecins dont disposent tous les groupements réunis s'élevait, au 1er janvier 1944, à 303, sans compter 15 praticiens établis à leur compte privé. Le tableau suivant donne un aperçu du personnel européen médical dans toute la Colonie à la même date.

	Gouvernement et Foréami	Autres organismes	Privé	Observations
Médecins . . .	176	127	15	
Infirmières . . .	163	Nombre inconnu	?	Plus à l'Etat 150 agréés des missions religieuses
Agents sanitaires .	155	78	?	
Autre personnel .	15	10	12	Dentistes, pharmaciens, etc.

Le personnel médical indigène au service du Gouvernement comprenait, en 1944, un total de quelque 2.850 unités, sans compter les travailleurs divers employés au Service Médical. Le FOREAMI utilisait, en 1944, 326 unités de personnel médical indigène. Le personnel médical indigène au service des autres organismes n'est pas officiellement reporté.

En vertu des dispositions récentes, le corps médical du Gouvernement sera considérablement étoffé. L'augmentation des effectifs permettra d'opérer des modifications heureuses dans l'organisation du service d'assistance aux Européens et aux Indigènes et, notamment, de substituer aux missions médicales itinérantes des formations médicales territoriales à rayon d'action plus restreint. L'action médicale, en s'étalant sur une zone moins vaste, pourra être poussée davantage en profondeur. L'hospitalisation y jouera un rôle plus grand.

Le service médical en temps de guerre. — Deux fois depuis le début du siècle, la Belgique et le Congo ont eu à faire face au même ennemi. Chaque fois la Force publique congolaise fut mobilisée. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces opérations dont on trouve ailleurs l'histoire.

Rappelons seulement que, en 1914-1918, les armées belges contribuèrent à l'occupation des possessions allemandes d'Afrique (Cameroun, Est africain allemand). Deux campagnes successives : celle de Tabora et celle de Mahenge, imposèrent un grand effort au service médical. La mortalité fut due

surtout aux maladies contagieuses et elle fut surtout élevée parmi les porteurs. Le nombre de ces derniers dépassa continuellement celui des combattants qui s'élevait à environ 10.000 dont 1.000 blancs. Rodhain a décrit les principaux aspects médicaux de cette campagne où il fut le chef du service de santé de la Force publique avec Trolli comme adjoint (13) (*). Lejeune nous a aussi exposé quelques expériences vécues à cette époque (14).

En 1940-1945, plus heureux que la mère-patrie, le Congo ne connut pas le voisinage immédiat de l'ennemi, encore moins sa présence. Néanmoins, l'armée fut mobilisée et fit campagne en Abyssinie, séjourna en Nigérie, traversa le Sahara et campa en Moyen-Orient. La présence de nos troupes en ces climats variés imposa de lourdes tâches au service de santé placé sous les ordres du général médecin L. Van Hoof (15). Rappelons aussi la brillante participation de l'hôpital belge de campagne aux expéditions militaires anglaises. Cet hôpital, surtout chirurgical, dirigé par le colonel médecin Thomas, mérita l'estime et la reconnaissance de nos alliés britanniques en Abyssinie, Somalie, Madagascar et enfin en Birmanie (15).

Cette révision rapide du développement du service d'hygiène au Congo mérite d'être complétée par l'étude plus détaillée de deux chapitres. Le premier concerne la recherche scientifique à laquelle J. Rodhain a pris une grande part. Le second est la lutte contre les grandes endémies, organisation bien caractéristique de notre travail en Afrique.

La recherche scientifique.

Les conditions de vie de nos premiers prédécesseurs ne leur facilitaient certes pas la recherche. Mense (16) note que, après le long transport par porteurs depuis Matadi jusqu'à Léopoldville, peu d'instruments restaient utilisables; fréquemment manquait tel ou tel accessoire ou réactif; d'autres fois la pluie ruisselant des toits ou le vent jouant à travers les fenêtres non vitrées entravaient le travail.

(*) Houssiau succéda à Rodhain vers la fin de la guerre.

Les occupations extramédicales, les expéditions militaires ou autres laissaient peu de temps à consacrer au laboratoire. Les mémoires de E. Van Campenout sont révélateurs à ce sujet (11). Les microscopes et instruments manquaient souvent et J. Rodhain n'en obtint qu'assez difficilement en 1903 (17).

Cependant, dès 1894, le docteur H. De Marbaix, collaborateur de J. Denys, était envoyé à Boma par Léopold II pour y installer un laboratoire. Ce jeune savant s'était préparé à sa mission par des recherches dans divers laboratoires de l'Université de Louvain et, à partir de 1892, dans divers Instituts étrangers. En juillet 1894, il s'embarque avec tout un équipement. Pendant dix-huit mois, il dirigea l'hôpital des noirs de Boma et un laboratoire annexé. Mais, au début de 1896, des raisons de santé le forcèrent au retour en Belgique où il mourut inopinément le 13 mars 1897, à peine âgé de 29 ans. Cette mort précoce arrêta pour plusieurs années le développement de la recherche à la Colonie.

Elle devait être reprise en 1899 avec la fondation du laboratoire de Léopoldville, due principalement à l'initiative privée. Le général Donny, qui en fut l'animateur, expose dans la préface du premier rapport du laboratoire (18) la genèse de l'œuvre sous l'égide de la Société Belge d'Etudes Coloniales et avec l'aide de divers mécènes. De son côté, l'Etat Indépendant intervenait en assurant l'existence matérielle et le logement du personnel. Il construisit en outre les bâtiments du laboratoire. Le premier directeur du laboratoire fut E. Van Campenhout. Après une carrière déjà longue en Afrique, il s'était préparé à sa tâche nouvelle par un séjour à Rome, où florissait la jeune malariologie, et à Londres. Il s'embarqua pour l'Afrique en juin 1899. Malheureusement, fatigué par ses séjours antérieurs, il ne put diriger que pendant environ un an le nouveau service. Il put, pendant ce laps de temps, réunir d'intéressantes observations sur le paludisme, la maladie du sommeil. Il décrivit aussi les filarioses et la filaire de Bancroft, qui ne devait être revue à la colonie que 45 ans par après.

En août 1900, A. Broden succéda à Van Campenhout et dirigea le laboratoire jusqu'en 1911, d'abord pour le compte

de la Société d'Etudes Coloniales, puis en 1908 en qualité de médecin inspecteur de la Colonie. Les travaux de Broden d'abord, puis à partir de 1906 de Broden et Rodhain (19) ont porté principalement sur la maladie du sommeil.

C'est pendant cette période que la clinique et surtout la thérapeutique de cette maladie furent étudiées sans relâche. Rappelons les travaux sur l'atoxyl et surtout l'introduction dans la pratique de l'Emétique de Potassium intraveineux, début de la chimiothérapie antimoniale moderne. Broden et Rodhain eurent en outre le mérite de reconnaître la signification diagnostique et pronostique de la réaction méningée et cette découverte n'a cessé de servir de base précieuse à la pratique. En médecine vétérinaire, notons la description du *Tryp. congolense* (Broden), différencié de *T. angolense* (actuellement *Tr. cazalboui-vivax*), ainsi que des particularités chimiothérapiques de ces flagellates. En parasitologie, il faut citer les travaux des mêmes auteurs sur les Porocéphales.

Malheureusement la santé de Broden, minée déjà par la maladie qui devait l'emporter en 1928, exigea son retour définitif au pays natal en 1911. Rodhain était à ce moment à la tête de la mission du Katanga (voir plus loin) et le laboratoire fut dirigé successivement par Mouchet et Dubois, puis Van den Branden et Dubois jusqu'en 1915. La réduction du personnel nécessitée par la guerre 1914-1918 laissa Van den Branden seul à partir de 1915. Les travaux continuent du reste dans la ligne antérieure, en particulier la thérapeutique de la maladie du sommeil. Citons aussi les recherches d'anatomie pathologique de Mouchet.

L'après-guerre clôt la première période du laboratoire et voit se développer progressivement d'autres services (bactériologie, entomologie) sous la direction successive de Van den Branden (1920-1929) et de Fornara (1929-1935). Les travaux sur la thérapeutique de la trypanosomiase (Van den Branden et Van Hoof) restent à l'avant-plan et c'est à cette époque que Miss Pearce et Brown viennent étudier à Léopoldville la tryparsamide.

Le laboratoire de Léopoldville, doyen des établissements de

ce genre à la colonie, devient le siège de l'inspecteur des laboratoires (Van den Branden 1928 à 1929, Van Hoof 1930-1934).

En 1936-1937, l'ancien établissement situé à Léo-Ouest, construit en 1900, agrandi en 1910-1911 puis en 1918, est définitivement abandonné et remplacé par le vaste Institut Princesse Astrid à Léo-Est, dirigé en 1937 par Brutsaert et en 1943 par Neujean. Il nous serait difficile de citer tous les travaux sortis de ce laboratoire pendant ces derniers vingt ans. Rappelons seulement les minutieuses études thérapeutiques sur la trypanosomiase (Van den Branden, Van Hoof) et les premiers essais du Bayer 205 en prophylaxie (Van den Branden), les études de Van Hoof et Henrard sur la transmission des glossines, la culture de trypanosomes (Brutsaert et Henrard 1936), les travaux plus récents de Van Hoof, Wanson et collaborateurs sur les filarioses, de Neujean sur les Rickettsioses, etc...

Entretemps, divers autres laboratoires sont établis au Congo :

a) Elisabethville crée en 1913 (Pons), fut réouvert en 1920 et dirigé par Walravens (1920-1931) ; Bourguignon, puis Hallez, avec une direction intérimaire assumée en 1931-1932 par Brutsaert, alors médecin de l'Union Minière.

Des travaux divers de bactériologie et parasitologie y furent exécutés. On y prépare aussi du vaccin antivariolique.

b) Stanleyville, créé en 1924, dirigé successivement par Mlle J. Clevers, Schwetz, Fornara, Vincke et Liégeois.

Rappelons les travaux de parasitologie de Schwetz.

Depuis quelques années sous la direction de Liégeois, le laboratoire de Stanleyville est devenu le centre de recherches de la fièvre jaune et a procédé à plus de 10.000 tests de séroprotection et autant de viscérotomies hépatiques. C'est depuis lors aussi que le laboratoire a le service bactériologique indispensable et assume les diagnostics pour la province.

c) Coquilhatville, fondé en 1930, eut comme directeurs successifs : Bourguignon, Fornara, Arnaud, Jadin, Mme Chinn.

C'est aussi un centre de diagnostic provincial.

Jadin y a isolé pour la première fois à la colonie le typhus

murin et identifié certains cas de fièvre rouge congolaise à cette rickettsiose.

d) Kitega, en territoire sous mandat, remonte à 1920. Mattlet l'a dirigé tout d'abord.

Rappelons que c'est à cet établissement que fut identifié le typhus exanthématique de l'épidémie de 1934 (Pergher, Dubois). Kitega a été remplacé récemment par Astrida (Jadin).

e) Blukwa, fondé en 1932 après une première mission antipesteuse au Lac Albert, 1928 (Schwetz, Fornara, Collard), est spécialisé dans l'étude de la peste. Devignat, son premier et actuel directeur, a publié des travaux intéressants sur cette endémie.

Il nous faut encore citer d'autres laboratoires dépendant d'organismes privés : Laboratoire de l'Union Minière au Katanga, dirigé par Brutsaert de 1927 à 1934 et par Reyntjens depuis lors. Ce laboratoire appuie l'important Service Médical de cette industrie.

La Compagnie Minière des Grands Lacs a un laboratoire à Butembo où Van Riel a poursuivi des recherches sur la dysenterie bacillaire et identifié l'endémie à Leptospire ; citons encore le laboratoire de la régie des mines d'or de Kilo-Moto avec Janssens.

Depuis 1934 la Croix Rouge du Congo a créé à Pawa (Ituri) un laboratoire consacré à la lèpre et actuellement en agrandissement (directeur actuel : Zanetti).

L'étude des laboratoires de médecine vétérinaire ne peut trouver place ici (station de Zambi, Laboratoire de Kissegnie, etc.).

Il convient encore de citer des travaux scientifiques faits par des chercheurs isolés. Leurs mérites sont souvent plus grands d'avoir su distraire pour la recherche un peu de leur temps occupé par des tâches différentes ; leurs résultats sont parfois importants.

Van Nitsen, médecin de l'Union Minière, a réuni une documentation de valeur sur diverses maladies tropicales, en particulier le paludisme, le pian.

Hissette, par une première publication en 1931, puis d'autres peu après, a été le premier à montrer d'une façon indubitable l'existence de l'onchocercose oculaire en Afrique centrale.

Rappelons encore la découverte de *Schistosoma haematobium* var. *intercalatum* par Fisher à Yakusu.

Il faut enfin citer la floraison d'étude d'entomologie descriptive ou éthologique avec les noms de Schwetz, Duren, Henrard, Collard, Wanson, Wolfs, etc. Ces collègues ont, soit au laboratoire, soit dans la nature, ajouté beaucoup à nos connaissances sur les glossines, moustiques, tiques. Certains de ces entomologistes étaient en réalité des médecins hygiénistes disposant des ressources des petits laboratoires d'hygiène existant dans divers centres (Boma, Matadi, etc.)

Tous ces laboratoires d'Afrique ont travaillé en contact avec divers instituts européens, belges et étrangers.

En Belgique, jusqu'en 1933, l'Ecole de Médecine Tropicale ne fut guère qu'un centre d'enseignement, mais, depuis lors, l'Institut de Médecine Tropicale qui lui a fait suite s'efforce d'établir la liaison la plus étroite possible entre l'Afrique et l'Europe. En outre, divers laboratoires universitaires belges se sont aussi intéressés à ces recherches. Il faut citer surtout celui de R. Bruynoghe où, à partir de 1923, la parasitologie expérimentale fut à l'honneur avec Bruynoghe, Dubois, Schockaert, Brutsaert, Adant, Vassiliadis, Jadin, Boné, G. Bruynoghe, etc. De 1923 à 1933, ce laboratoire fut le centre principal des études tropicales en Belgique et dirigea vers l'Afrique de jeunes savants de mérite.

J. Schwetz, à l'Université de Bruxelles, a continué les études malariologiques qu'il avait commencées en Afrique et fouillé divers points de parasitologie.

Les missions scientifiques.

Cette forme de travail scientifique, si importante en pays neuf, ne fut pas négligée au Congo.

Nous avons cité plus haut le destin infortuné de De Marbaix.

Une seconde expédition plus importante, en 1903, devait

aussi exiger une victime. Elle était composée de Dutton, Todd et Christy, patronnée par l'Ecole de Médecine Tropicale de Liverpool et subsidiée par Léopold II.

Quoique jeune, Dutton avait déjà fait d'autres voyages d'étude en Afrique et découvert en Gambie (décembre 1901) le *Trypanosoma gambiense*. A l'occasion de leur séjour au Congo, les savants anglais purent établir l'étiologie de la *tick fever*.

Malheureusement, Dutton contracta la maladie et succomba à la quatrième rechute à l'âge de 31 ans. Il fut inhumé à Kasongo en présence d'une foule d'indigènes. Christy devait, bien des années après, mourir au Congo à la suite d'un accident de chasse.

De 1910 à 1912, Rodhain dirige la mission du Katanga, avec comme collaborateurs scientifiques Pons, Van den Branden et Bequaert. Cette mission put, dans des conditions difficiles, réaliser un travail scientifique important : fièvre récurrente africaine, sa réaction méningée et son traitement, transmission de trypanosomes métacycliques, par les glossines, nombreuses observations de parasitologie et d'entomologie.

Cette mission est la dernière qu'on peut encore rattacher, si pas à l'âge héroïque, au moins à une période de transition où les facilités de transport, de logement et d'alimentation n'étaient pas encore bien grandes.

Nous croyons devoir rappeler les missions de Kleine (1921) au Katanga, consacrées à l'étude du Bayer 205, de Miss Pearce et Brown (1921) à Léopoldville pour l'étude pratique de la tryparsamide, celle de Van Hoof, pour le compte de la Société des Nations, effectuée au Kenya-Uganda (1927-1928), et de 1931 à 1946 diverses missions de la Rockfeller Foundation pour l'étude de la fièvre jaune avec Beuwkes, Sawyer et Mahaffy.

Beaucoup de nos collègues du service de la Colonie furent appelés en mission plus ou moins prolongée au cours de leur séjour même : par exemple : Rodhain (mission maladie du sommeil de l'Uélé, 1913-1914), Schwetz (mission maladie du

sommeil du Kwango, 1919-1922) et mission antipesteuse (1928-1929).

Il s'agit davantage ici, en général, de missions d'application plutôt que de recherche pure — occasionnellement cependant celle-ci est envisagée.

Enfin, dans les vingt dernières années, plusieurs organismes métropolitains (*) ont envoyé en voyage d'étude divers savants et professeurs belges. Citons : R. Bruynoghe (Méningite cérébro-spinale au Katanga, 1926), Dubois (Lèpre), Schwetz (paludisme-schistosomose), van den Berghe (schistosomose-filariose). Le Département des Colonies a, diverses fois, aussi envoyé des membres de son personnel en mission d'étude à l'étranger.

Les grandes endémies chez les indigènes.

Si nous devions condenser en quelques grands chapitres les problèmes que pose la santé des habitants du Congo Belge et plus particulièrement celle des indigènes, nous les rangerions volontiers sous 3 grands titres. Ces 3 chapitres n'épuiseraient certes pas le sujet, mais ils comprendraient l'essentiel :

1) L'hygiène de la vie journalière et par ordre d'importance : l'alimentation, l'eau potable en connexion avec l'éloignement rationnel des matières usées, enfin l'habitation.

2) L'entrée dans la vie : la maternité, l'accouchement, le nourrisson.

3) La pathologie proprement dite. En ce qui concerne celle-ci, nous ne nous appesantirons pas sur les maladies dites pestilentielles, ni sur les grandes diathèses si importantes dans nos pays civilisés : rhumatisme, diabète, goutte, tumeurs malignes, affections de la circulation et, en particulier affections cardiaques non spécifiquement infectieuses, etc., etc. Nous développerons, avant tout, le chapitre des grandes endémies transmissibles, soit par l'intermédiaire de vecteurs ou d'hôtes intermédiaires soit par contact plus ou moins direct.

(*) Institut Royal Colonial, Fonds Cassel, Institut de Médecine Tropicale, etc.

Ce sont, en effet, ces maladies, en général bien caractérisées par leur cause réelle, qui encombrent nos dispensaires et nos hôpitaux et qui constituent le fond de la pathologie de l'indigène.

C'est leur présence qui a justifié l'organisation assez spéciale de notre service médical en médecine de masse sous le nom d'Assistance Médicale aux Indigènes ou sous celui de Missions médicales itinérantes. Mais le développement de ce seul sujet nous entraînerait à écrire un volume. Aussi nous contenterons-nous de donner de cet aspect du problème de la Santé au Congo Belge un court aperçu surtout statistique avec quelques remarques succinctes et dans le seul domaine de la pathologie des indigènes.

Une vieille et sage pratique adoptée par les différents médecins qui se sont succédés à la Direction du Service Médical du Congo belge a donné le 1er rang au paludisme, le second à la trypanosomiase et le 3e à une série de maladies presque toutes transmissibles ou contagieuses et dont les plus importantes sont (énumérées par ordre alphabétique) : la bilharzioze, les dysenteries, la fièvre récurrente, la fièvre typhoïde, la lèpre, les maladies vénériennes, la méningite cérébro-spinale, le pian, la tuberculose. Nous ajoutons, pour mémoire, quelques notes sur les maladies pestilentielles : peste, fièvre jaune, variole et typhus exanthématique. Le choléra est inconnu au Congo Belge.

Dans l'organisation de la lutte contre ces maladies les noms de Rodhain et de Trolli doivent figurer à la place d'honneur. Mouchet pendant une courte période et Van Hoof pendant de longues années ont continué et amélioré cette organisation. *La période de guerre 1940-1945* fut critique. A côté de l'effort de guerre et de l'obligation d'assurer le service médical des troupes expéditionnaires, le Service médical de la Colonie a dû poursuivre l'effort avec des effectifs réduits. Aussi n'est-il pas étonnant de constater quelques fléchissements, encore que dans son ensemble l'action médicale contre les grandes endémies ait été soutenue avec persévérance. La période de paix lui permettra sans nul doute de reprendre la marche ascendante de ses résultats.

1. — *Le paludisme.*

Le paludisme est répandu chez les indigènes sur toute l'étendue du territoire de la Colonie. Hyperendémique dans toutes les régions basses et la plupart des régions d'altitude moyenne, il tend à envahir même les régions situées au delà de 1.500 mètres. Le *Plasmodium falciparum* domine le tableau, le *Plasmodium malariae* est relativement fréquent chez les enfants, le *Plasmodium vivax* est plutôt rare. Les transmetteurs les plus évidents sont *Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus.*

Le paludisme intervient pour une large part dans la mortalité infantile en régions endémiques et hyperendémiques; il semble y affecter assez peu les adultes. En régions d'altitude, par contre, les épidémies se révèlent parfois meurtrières pour tous les âges. Considéré au point de vue endémique, le paludisme a fait l'objet de nombreuses études notamment de la part du Prof. Schwetz. En vue d'ensemble on peut affirmer que quelque 50 % de la population véhicule à tout moment des parasites dans le sang périphérique. Chez les enfants de 0 à 3 ans on trouve des indices d'infection dépassant fréquemment 75 %. Chez les enfants de 3 à 15 ans il ne dépasse guère 50 % et chez les adultes les indices sont généralement inférieurs. Les porteurs de germes sont plus nombreux chez les enfants et dépassent 20 % du nombre des infectés. Chez les adultes ce taux s'abaisse progressivement avec l'âge.

Selon Schwetz le *Pl. falciparum* apparaît le premier dès les premiers mois de la vie dans le sang de l'enfant et disparaît le dernier chez l'adulte.

Le *Pl. malariae* apparaît en second lieu quelques mois après et disparaît avant le *Pl. falciparum.* Le *Pl. vivax* apparaît en 3e lieu et encore de façon irrégulière et disparaît le premier.

Ci-après un aperçu de cas aigus traités au Congo Belge dans les hôpitaux et dispensaires des centres.

Paludisme indigène traité dans les formations médicales centrales.

Moyennes annuelles par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Cas traités annuellement.	Décès constatés annuellement.
1930-1934	17.912	109
1935-1939	45.658	190
1940-1944	63.653	378
1945	92.315	444
1946	98.061	401

Les cas traités ne mesurent nullement l'importance du paludisme, ils montrent simplement l'augmentation de l'activité des formations médicales dans les traitements de cas fébriles.

La lutte contre le paludisme est menée de front :

1) contre le parasite, par la quinisation dans les milieux qu'il est possible d'atteindre régulièrement, notamment chez les nourrissons dans les consultations établies à leur profit et chez les enfants des écoles, parfois chez les travailleurs particulièrement sensibles ou exposés ;

2) contre les anophèles transmetteurs par des travaux d'assainissement, les drainages, la lutte antilarvaire. Une phase nouvelle s'ouvre dans cette lutte par l'emploi d'insecticides efficaces contre les moustiques adultes. Cette phase avait jusqu'à présent été négligée parce que peu féconde en résultats.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique, complication du paludisme, affecte peu les indigènes des zones endémiques et hyperendémiques ; ils y sont moins sensibles que les Européens. Ci-après les cas relevés depuis 1930 :

Fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Moyenne annuelle par périodes quinquennales des cas observés dans les formations médicales centrales du Gouvernement.

Périodes (par année).	Cas observés annuellement.	Décès annuels.
1930-1934	13	4
1935-1939	46	11
1940-1944	10	2,4
1945	46	4
1946	4	2

2. — *Trypanosomiase.*

La recherche de la trypanosomiase se fait systématiquement au cours de recensements médicaux au moins annuels, le plus souvent semestriels, des régions infectées. Le traitement débute dès la découverte des cas. Les malades sont suivis pendant une moyenne de 3 ans et recevront plusieurs cures à base de tryparsamide. D'autres produits comme la Germanine (Belganyl) l'émétique de potasse, la pentamidine sont administrés en cas de besoin. La guérison est considérée comme obtenue après vérification répétée du liquide céphalo-rachidien. A l'étude de la trypanosomiase au Congo Belge sont plus particulièrement liés les noms de Broden, Rodhain, Vanden Branden et Van Hoof.

La trypanosomiase est répandue dans plus de la moitié de la superficie du Congo Belge. Les populations à surveiller s'élèvent à quelque 5 millions. Durant la période de guerre la pénurie de personnel, a obligé le Service Médical de restreindre sa surveillance aux régions les plus atteintes.

La trypanosomiase congolaise est uniquement causée par le *Trypanosomia gambiense*.

Glossina palpalis est son transmetteur responsable.

Vu le caractère forestier des régions infectées, vu l'énorme étendue des gîtes à tsé-tsé et le peu de densité de la population, le moyen de lutte adéquat au Congo Belge consiste essentiellement dans la destruction du germe chez les indigènes infectés. La lutte contre les glossines se confine aux environs immédiats des endroit habités et aux passages obligés des cours d'eau.

Trypanosomiase.

Moyenne annuelle des cas détectés et traités par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Population examinée.	Anciens cas s/contrôle.	Nouveaux cas.	Indice nouv. infect. %.
1927-1929	2.038.275	55.852	22.582	1,108
1930-1934	3.138.767	79.013	26.506	0,84
1935-1939	4.984.906	51.496	15.780	0,302
1940-1944	3.979.911	28.271	10.598	0,266
1945	3.819.431	21.138	11.080	0,29
1946	3.543.901	18.610	8.426	0,23

3. — *Bilharziose.*

La bilharziose ou schistosomiase existe plus particulièrement dans le bas Congo, le Sud et l'Est de la Colonie. C'est le *Schistosoma mansoni* qui est le plus répandu; plusieurs *Planorbis* sont réputés être l'hôte intermédiaire, plus particulièrement le *Planorbis adowensis* et *Pl. salinarum.*

La schistosomiase vésicale est plus rare, l'hôte intermédiaire incriminé est *Physopsis africana.* Schwetz et Vanden Berghe se sont spécialement intéressés à l'étude de la schistosomiase au Congo. Cette maladie semble avoir une tendance à se répandre et constitue un problème d'une importance croissante.

Moyenne annuelle de cas relatés de bilharziose par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Rectale.	Vésicale.	Total.
1930-1934	?	?	2.997
1935-1939	3.145	401	3.546
1940-1944	6.403	323	6.726
1945	8.106	503	8.609
1946	7.546	569	8.115

La léthalité est estimée à environ 8,5 pour mille pour la bilharziose rectale et à 4 pour mille pour la bilharziose vésicale.

4. — *Les dysenteries.*

La dysenterie amibienne règne à l'état endémique au Congo, elle revêt parfois le caractère d'un réveil semi-épidémique en certaines régions. Sa gravité a beaucoup décru depuis l'emploi régulier de l'émétine et de l'Yatrèn. L'abcès du foie est devenu rare.

La dysenterie bacillaire, également endémique, fait parfois des poussées épidémiques graves et cause alors de nombreuses victimes. Les flambées sont de gravité fort inégale suivant les bacilles en cause, méta- et paradysentérique associés ou non au *B. shiga* et l'état sanitaire général de la population. Le

traitement aux sulfamides constitue la première médicaion efficace et pratique de la dysenterie bacillaire. Le sérum s'est montré décevant.

Moyenne annuelle des cas relatés de dysenterie par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Amibienne : Cas.	Amibienne : Décès	Bacillaire : Cas.	Bacillaire : Décès.
1930-1934	3.528	133	3.380	936
1935-1939	3.824	99	617	83
1940-1944	8.130	179	649	171
1945	12.815	176	163	24
1946	12.241	194	947	110

Des épidémies importantes de dysenterie bacillaire ont sévi à la Colonie avant 1930 et ont perduré jusqu'en 1932. Les cas relatés dans les rapports ne donnent pas un reflet exact de l'extension des épidémies du Maniéma et du Kwango-Kasaï. Nous trouvons relatés avec certitude 2.771 cas et 982 décès en 1930; 8.930 cas et 2.938 décès en 1931 ; 3.113 cas et 497 décès en 1932. En 1931, l'épidémie d'Idiofa causa à elle seule 7.745 cas avec 2.716 décès (Shiga-Flexner). La vaccination dans la dysenterie bacillaire a été pratiquée sur une vaste échelle et semble avoir donné des résultats favorables.

5. — *La fièvre récurrente.*

La fièvre récurrente du Congo Belge est typiquement la récurrente à *Spirocheta duttoni*. Le vecteur responsable est *Ornithodorus moubata* (Kimputu).

Elle existe sur la majeure partie du territoire de la Colonie à l'exception de la cuvette centrale couverte de forêt humide et du Nord-Est. Le Ruanda-Urundi en est particulièrement atteint : les cas du Ruanda-Urundi ne sont pas relatés ici. La mortalité est faible. Le traitement est à base d'arsénobenzènes.

Le nombre de cas relatés dans les rapports est loin de correspondre au nombre réel de sujets infectés.

Moyenne annuelle de cas relatés de fièvre récurrente par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Cas.	Décès.
1930-1934	135	0
1935-1939	359	4
1940-1944	646	5
1945	537	1
1946	360	8

6. — *Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.*

Les fièvres de ce groupe sont à prédominance de bacille d'Eberth. A côté des paratyphiques A et B on trouve également un paratyphique C.

Le vaccin préparé pour le Congo Belge tient compte de cette particularité.

Les fièvres typhoïdes n'ont jamais provoqué de grandes éclosions à la Colonie, sauf il y a quelque 25 ans dans le Haut-Katanga. La mortalité chez les indigènes est élevée.

Moyenne annuelle des cas relatés de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Cas.	Décès.
1930-1934	20	4
1935-1939	47	11
1940-1944	273	70
1945	248	45
1946	434	25

L'augmentation après 1940 est due plus à un meilleur diagnostic qu'à une extension de l'infection.

7. — *La lèpre.*

Répandue dans toute la Colonie, mais d'une façon fort inégale, la lèpre figure parmi les grandes endémies qui posent des problèmes de grande envergure.

Le dénombrement de tous les cas de lèpre est en cours au

Congo Belge. Nous en avons déjà depuis quelques années une idée assez exacte. On peut situer le nombre aux environs de 60.000. Il est peu utile d'en faire une statistique moyenne annuelle. Les données suivantes donnent quelques précisions sur le nombre total et la répartition par régions.

Le Gouvernement avec l'appui des missions religieuses et d'organismes médicaux philanthropiques (Croix-Rouge du Congo) tend à isoler les lépreux en colonies agricoles. Le problème est trop vaste pour permettre de le résoudre d'un coup. Certaines colonies sont établies d'une façon précaire, d'autres d'une façon stable et mieux organisée.

Lépreux recensés et Lépreux isolés au Congo Belge en 1946.

Provinces.	Lépreux recensés.	Lépreux isolés.
Léopoldville	4.375	568
Lusambo	13.896	2.440
Coquilhatville	16.415	2.698
Stanleyville	12.374	8.221
Costermansville	9.682	2.032
Elisabethville	2.088	865
	58.830	16.824

La Croix-Rouge du Congo à Pawa (Province de Stanleyville) a établi un Laboratoire destiné à faire des recherches, notamment en matière de traitement de la lèpre. Un organisme destiné à promouvoir la lutte contre la lèpre a été fondé à Bruxelles en 1939 sous le nom de Fondation Père Damien pour la lutte contre la Lèpre (Foperda).

8. — *Les maladies vénériennes.*

La syphilis et la blennorragie se sont largement répandues tant dans les milieux coutumiers que dans les milieux extra-coutumiers. Considérées comme facteurs importants et comme cause de dénatalité, elles prennent une importance sociale de premier plan. Les cas sont activement recherchés et sont im-

médiatement traités par les médications classiques arsénobenzènes et bismuth d'une part, sulfamides d'autre part. La Croix-Rouge du Congo et le Gouvernement ont établi dans plusieurs grandes cités indigènes des dispensaires antivénériens.

Le traitement de ces affections est rendu difficile par le fait que les indigènes blanchis par un premier traitement négligent de se représenter dans les dispensaires jusqu'à guérison définitive.

Moyenne annuelle des cas relatés et traités de Syphilis et Blennorragie par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Syphilis.	Blennorragie.
1930-1934	42.268 (*)	16.971
1935-1939	71.429	27.028
1940-1944	71.313	27.612
1945	77.847	30.218
1946	81.734	22.483

Les cas relatés de syphilis constituent les cas relatés par toutes les formations sanitaires de la Colonie. Les cas relatés de blennorragie ne concernent que les cas relatés par les formations centrales du Gouvernement et par le Foreami ; ces dernières données sont donc fort incomplètes.

9. — *Méningite cérébro-spinale.*

La méningite à méningocoques s'est révélée particulièrement grave durant la campagne de l'Est Africain 1915-1917. Elle règne à l'état sporadique à la Colonie et subit certaines années des réveils épidémiques en général assez discrets. La mortalité tend à s'abaisser surtout depuis l'emploi des sulfamidés. La vaccination pratiquée avec des souches locales a eu d'heureux effets dans les agglomérations des travailleurs et les cités indigènes.

(*) Syphilis : moyenne sur 1933 et 1934.

Moyenne annuelle des cas relatés de Méningite Cérébrospinale par périodes quinquennales.

Périodes (par année).	Cas.	Décès.
1930-1934	59	36
1935-1939	167	78
1940-1944	184	78
1945	87	55
1946	283	108

En 1935, des épidémies assez graves ont éclaté dans la région de Rutshuru et au Ruanda-Urundi.

A Rutshuru, 80 décès se sont produits. Le nombre exact de ces cas n'est pas connu et ne figure pas dans le relevé ci-dessus.

N. B. — Les cas relatés sont uniquement ceux des Services Médicaux de l'Etat.

10. — *Pian.*

Le pian est une des endémies les plus répandues dans la Colonie. Il est loin d'être sans danger à cause de ses complications surtout à la période tertiaire. Les Indigènes ont volontiers recours au traitement institué par l'Européen, mais tout comme pour le traitement de la syphilis, ils ne persévèrent pas jusqu'à guérison complète. Les arsénobenzènes et le bismuth sont les médicaments courants. Il n'a pas été constaté que le pian ait une influence défavorable sur l'état démographique.

Moyenne mensuelle des cas relatés et traités par périodes quinquennales.

1930-1934	163.420
1935-1939	265.595
1940-1944	251.150
1945	325.994
1946	257.565

Il semble ainsi que le pian touche en permanence au moins 2 à 3 % de la population de la Colonie.

Le relevé ci-dessus concerne l'activité de toutes les organisa-

tions médicales de la Colonie, Gouvernement et organisations privées.

11. — *La tuberculose.*

On considère la tuberculose comme étant d'introduction relativement récente au centre de l'Afrique et notamment au Congo Belge. On en trouve la preuve dans l'allure que prend la tuberculose pulmonaire chez les indigènes adultes qui réagissent par des manifestations de primo-infection. La maladie revêt un caractère grave et une allure relativement rapide et aboutit fréquemment à une issue fatale.

Toutefois depuis quelques années, certains observateurs signalent des symptômes de résistance plus grande dans les populations qui sont soumises depuis plusieurs décades à une contamination répétée. La tuberculose tend à devenir lentement plus chronique et plus endémique. Les sujets à cuti-réaction positive et à allure saine représentent dans certaines agglomérations, comme Léopoldville, un pourcentage élevé. La mortalité chez les cas avérés reste pourtant très élevée.

Dans les zones rurales qu'elle envahit progressivement, la tuberculose garde son caractère de primo-infection plus ou moins aiguë suivant le délai qui s'est écoulé depuis son introduction.

La lutte contre la tuberculose au Congo Belge n'est qu'au début de ses réalisations. Des vaccinations au B.C.G. semblent avoir donné de bons résultats chez les enfants à Léopoldville. Malheureusement la question n'a pas été suffisamment suivie et l'emploi du vaccin a été interrompu durant les années de guerre.

Les tuberculeux pulmonaires ouverts trouvés dans les cités indigènes sont dans toute la mesure du possible isolés en lazarets ou à l'hôpital.

Une extension de la lutte contre la tuberculose est envisagée sous forme de détection par méthode moderne de radioscopie en série et par la création de stations sanatoriales dont la formule adéquate est encore à trouver.

Moyenne mensuelle par périodes quinquennales de cas relevés de tuberculose.

Périodes (par année).	Total des cas.	Cas suivis régulièrement : Nombre.	Décès.	%.
1930-1934	1.601 (en 1934)	728	294	40,38
1935-1939	2.710	1.032	345	33,43
1940-1944	3.654	994	391	39,33
1945	4.380	1.169	434	37,12
1946	3.858	1.272	441	34,67

Parmi les cas de tuberculose suivis régulièrement, on trouve 80 à 85 % de tuberculose pulmonaire et 15 à 20 % d'autres localisations.

12. — *La peste.*

Il existe deux petits foyers de peste dans le Nord-Est de la Colonie, le foyer du Lac Albert dans la région du Blukwa et le foyer du Lac Edouard dans la région de Lubero.

La peste se présente sous ses trois formes types : bubonique, septicémique et pulmonaire. Trente cas de peste pulmonaire ont été observés à Blukwa en 1931.

Les rats trouvés infectés sont selvatiques ou selvatico-domestiques. Le principal semble être *Mastomys ugandae* et accessoirement les genres *Leggada, Arvicanthys, Lophyromys, Atomys, Lemniscomys, Pelomys. Rattus rattus* absent à Blukwa est fréquent à Lubéro.

Les puces incriminées sont en ordre principal *Xenopsylla brasiliensis,* en ordre accessoire *Xenopsylla cheopis* et les genres *Dinopsyllus, Ctenophtalmus* et *Ctenocephalus.*

Le traitement est décevant. La sérothérapie n'a pas donné de résultats. Les sulfamides ont réussi dans de rares cas.

La lutte contre la peste est dirigée dans les deux foyers par deux laboratoires de campagne qui s'efforcent de procéder à la détection et l'isolement des cas, à la vaccination générale de la population et à la destruction des rats domestiques et des espèces selvatiques qui s'approchent des habitations.

Moyenne mensuelle par périodes quinquennales des cas de peste au Congo Belge.

Périodes (par année).	Foyer Lac Albert : Cas.	Décès.	Foyer Lac Edouard : Cas.	Décès.
—	—	—	—	—
1930-1934	9	?	Foyers découverts depuis 1938	
1935-1939	22	?	5	5
1940-1944	22	19	12	10
1945	10	10	14	12
1946	12	12	15	15

13. — *La fièvre jaune.*

La fièvre jaune a probablement fait une apparition fugitive dans le port de Matadi vers 1917. Rien de précis n'est connu de cette période. Une épidémie nettement caractérisée se déclara dans le port de Boma et surtout de Matadi fin 1927 et début 1928. On releva 28 cas d'Européens avec 17 décès et 22 cas d'indigènes avec 16 décès.

Après cette période quelques éclosions sporadiques d'affection fébrile ictérigène ont été signalées dans divers endroits du territoire de la Colonie. A plus d'une reprise ces affections ont pris l'allure clinique de la fièvre jaune. Toutefois les recherches de laboratoire ont le plus souvent infirmé le diagnostic, jusqu'en 1940. De nouveaux cas suspects se sont produits à partir de cette année tous suivis de décès : 2 en 1940, 3 en 1941, 7 en 1943 et 3 en 1944.

L'allure clinique et la recherche des altérations anatomo-pathologique du foie ont fait pencher le diagnostic du côté fièvre jaune. Le virus amaril n'a pas pu être mis en évidence.

Le test de protection recherché dès 1933 a montré des sérums protecteurs sur presque toute l'étendue de la Colonie sauf dans la région élevée du Sud-Est.

Ces éléments ont été considérés comme des raisons suffisantes pour englober la presque totalité du territoire de la Colonie dans la zone endémique de fièvre jaune. Toutefois cette

opinion ne serait entièrement justifiée que par la découverte du virus amaril lui-même.

Le vecteur ordinaire de la fièvre jaune, *Aedes aegypti* ou *Stegomya fasciata* a été découvert dans toute la Colonie spécialement dans les centres urbains.

Une lutte active est menée contre le vecteur et aboutit à maintenir l'indice « aedes » à un niveau très bas dans les centres les plus menacés et notamment dans les ports du Bas-Fleuve et à Léopoldville.

Le laboratoire de Stanleyville s'est spécialisé dans les recherches sérologiques et anatomo-pathologiques de la fièvre jaune.

14. — *La variole.*

Contrairement à la fièvre jaune, dont l'existence au Congo n'est établie que par des données historiques et d'importantes présomptions, la variole est manifestement endémique à la Colonie. Autrefois elle revêtait un caractère grave de variola major. En 1923 et 1927 deux poussées épidémiques ont causé à Léopoldville respectivement 210 et 227 décès qui représentaient une proportion de 15 à 20 % du nombre de cas. Les nombreuses vaccinations et revaccinations semblent avoir atténué la gravité de la variole. On crut opportun de donner successivement le nom de alastrim, varioloïde et variola minor à ces formes atténuées, en réservant le nom de variola major aux petites poussées plus meurtrières.

Moyenne annuelle par périodes quinquennales des cas et décès de Variole au Congo Belge.

Périodes	Variola major :		Variola minor :		Total :	
(par année).	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.
—	—	—	—	—	—	—
1930-1934	Les données détaillées pour ces périodes				2.410	27
1935-1939	sont incomplètes.				3.561	97
1940-1944	691	67	3,319	54	4.010	121
1945	394	30	5.951	29	6.345	59
1946	158	5	3.953	9	4.111	14

Moyenne annuelle par périodes quinquennales des vaccinations et revaccinations contre la variole au Congo Belge.

Périodes (par année).	Vaccination.	Revaccination.
1930-1934	271.881	118.626
1935-1939	496.935	351.768
1940-1944	694.994	813.598
1945	751.722	1.644.478
1946	882.111	745.821

15. — *Le typhus exanthématique.*

Le typhus exanthématique a produit des épidémies graves au Ruanda-Urundi, où il reste endémique, mais il a peu touché le Congo Belge. De rares cas sont signalés à partir de 1934. La réaction de Weil-Felix au OX19, OX2 et OX donnent des résultats variables. En 1937-1938 et 1940 le diagnostic s'établit avec plus de certitude. En 1939 apparaît une fièvre typhique bénigne au Maniéma avec Weil-Felix positif au OX19. Les recherches ultérieures démontrent qu'au Congo Belge la présence du typhus historique est contestable mais que les cas de typhus murin ne sont pas rares, et que la fièvre rouge congolaise est *pro parte* une rickettsiose. Un typhus relativement bénin est successivement mis en évidence à Coquilhatville en 1940, à Elisabethville et Costermansville en 1943, au Kasaï en 1944. Durant cette dernière année il se produit 18 cas d'Européens sans décès et 45 cas d'indigènes avec 3 décès. Cette même année les rickettsioses sont mises en évidence à Léopoldville.

En 1945, il se produit 3 cas indubitables chez les Européens à Costermansville avec Weil-Felix positif au OX19 et 373 cas de typhus du type murin chez les indigènes avec seulement 5 décès.

En 1946 : 49 cas sans décès chez les Européens.

426 cas avec 2 décès chez les indigènes.

La réaction de Weil-Felix au OXK se montre à plusieurs reprises positive à Léopoldville. La classification clinique sérologique et bactériologique est toujours à l'étude. On opine généralement pour un typhus du genre murin.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Trolli, G. — Rapport sur l'hygiène publique du Congo Belge en 1925. Bruxelles, Van Gaupel.
2. Mouchet, R. — Le problème médical au Congo. *Liége Médical*, n° 46, 1929.
3. Trolli, Van Hove et Marquet. — Exposé de la législation sanitaire du Congo Belge et du Ruanda Urundi.

3'. J. Schwetz. — L'évolution de la Médecine au Congo Belge. Inst. de Soc. Solvay, Bruxelles, 1946.

4. Delcommune. — Vingt années de vie africaine. Bruxelles, 1922.
5. Alexis, M. G. — Stanley l'Africain. Liége, 1890.
6. Ligue du Souvenir Congolais. A nos héros coloniaux morts pour la civilisation. Bruxelles, 1931.
7. Cornet, R. — Katanga. Bruxelles, 1946.
8. Meyers. — Le prix d'un Empire. Bruxelles, 1943.
9. Dossiers du service du personnel d'Afrique. Ministère des Colonies.
10. Lauwers. — Lois en vigueur dans l'Etat Indépendant du Congo. Bruxelles, 1905.
11. Dubois, A. — La médecine au Congo Belge en fin du XIX[e] siècle. *Bull. Inst. R. Colonial Belge*, 1944, XV, 1-2, 350.
12. Mouchet, R. et Dubois, A. — Essais thérapeutiques dans la trypanosomiase humaine, 1914. *Arch. f. Schiff. und Tropenhygiene*, Beihefte XVIII, 3.
13. Rodhain, J. — Observation médicale recueillie parmi les troupes coloniales belges pendant leur campagne en Afrique Orientale, 1914-1917. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1919, p. 137.
14. Lejeune, A. — Importance du pneumocoque dans la morbidité des troupes noires pendant la campagne d'Afrique 1915-1918. *Ann. Soc. Belge de Méd. Trop.*, 1920, t. 1, p. 313.
15. Rapport officiel de la force publique.
16. Mense. — Hygienische und medicinische Beobachtungen aus dem Congogebiete. *Wiener Rundschau*, 1897, n[os] 3-7.
17. Dubois, A. — Note pour servir à l'histoire du service médical au Congo Belge. *Bulletin Inst. Roy. Col. Belge*, 1945, XVI, 2, 388.
18. Travaux du Laboratoire Médical de Léopoldville 1899-1900. Soc. d'Etudes Col., Bruxelles, 1901.
19. Travaux du Laboratoire Médical de Léopoldville, II, 1900 à 1905, et III, 1907 à 1908. Soc. d'Etudes Col., Bruxelles, 1906 et 1908.
